## 安全性信息审查评估表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 伦理编号 |  | 主要研究者 |  |

**以下由伦理委员会审查委员填写**

**一、审查要素**

* 是否影响研究预期风险与受益的判断：□是，□否
* 受损伤的受试者的医疗保护措施是否合理：□是，□否
* 是否须对本院受试者的采取相应的医疗保护措施：□是，□否
* 是否需要修改方案和/或知情同意书：□是，□否

|  |  |
| --- | --- |
| 审查意见 | |
| 建议： | |
| □同意继续开展 □作必要的修正后同意（快审） □作必要的修正后同意（会审） □暂停或终止试验 | |
| **委员声明：作为审查人员，我与该项目之间不存在相关的利益冲突。** | |
| 签名 |  |
| 日期 |  |